

重要事項説明書

記入年月日	平成31年1月1日
記入者名	田中 美幸
所属・職名	サ高住管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙5の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙5の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん ちすいかふう 医療法人 地水火風	
主たる事務所の所在地	〒918-8031 福井市種池1丁目101番地	
連絡先	電話番号	0776-35-9299
	FAX番号	0776-35-9920
	ホームページアドレス	http://tanaka-seikeiganka.com/
代表者	氏名	田中 義孝
	職名	理事長
設立年月日	平成14年12月17日	
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

（住まいの概要）

名称	(ふりがな) はなみずき 華みずき	
所在地	〒918-8031 福井市種池1丁目609番2	
主な利用交通手段	最寄駅	福井駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・京福バス、種池停留所で下車、徒歩1分 ②自動車利用の場合 ・乗車20分
連絡先	電話番号	0776-35-8733
	FAX番号	0776-33-0870
	ホームページアドレス	http://tanaka-seikeiganka.com/
管理者	氏名	田中 美幸
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 27 年 2 月 28 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 27 年 4 月 1 日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1322 m ²	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
	契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし	

		契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	1117.42 m ²				
		うち、老人ホーム部分	898.12 m ²				
	耐火構造	1 耐火建築物					
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物					
	構造	3 その他 ()					
1 鉄筋コンクリート造							
所有関係	2 鉄骨造						
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造						
所有関係	4 その他 ()						
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物	2 事業者が賃借する建物					
		抵当権の設定	1 あり	2 なし			
		契約期間	1 あり	(年 月 日 ~ 年 月 日)			
		2 なし					
所有関係	契約の自動更新	1 あり	2 なし				
	居室の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室					
			2 相部屋あり	最少	人部屋		
		最大		人部屋			
居室の状況	【表示事項】	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*	
		タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.40 m ²	15	一般居室個室
		タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.76 m ²	1	一般居室個室
		タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	20.50 m ²	1	一般居室個室
		タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	25.26 m ²	2	一般居室個室
		タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	26.40 m ²	1	一般居室個室
		タイプ6	有 / 無	有 / 無	m ²		
		タイプ7	有 / 無	有 / 無	m ²		
		タイプ8	有 / 無	有 / 無	m ²		
		タイプ9	有 / 無	有 / 無	m ²		
		タイプ10	有 / 無	有 / 無	m ²		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。							
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所			
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所			

			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	0ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
入居者や家族が利用 できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
エレベーター	1	あり（車椅子対応）			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）			
	3	あり（上記1・2に該当しない）			
	4	なし			
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
その他					

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	国が定める「高齢者向け住宅の安定した確保に関する基本的な方針」に沿った、設備及び運営を行っていきます。			
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・介護スタッフが24時間常駐 ・訪問介護、居宅介護支援、通所リハ、訪問リハと併設 ・介護保険以外でも服薬管理、生活援助、身体援助サービスを利用できる 			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし

（介護サービスの内容） ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし
----------------	----------	---	----	---	----

の対象となるサービスの体制の有無	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
(III)		1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	たなか整形外科・眼科
		住所	福井市種池1丁目101番地
		診療科目	整形外科, リウマチ科, リハビリテーション科, 眼科
		協力内容	診療および入院対応
	2	名称	おかもと内科クリニック
		住所	福井市大島町柳212
		診療科目	内科
		協力内容	往診
協力歯科医療機関	名称	栃木歯科医院	
	住所	福井市種池町1-24-3	
	協力内容	往診	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()
判断基準の内容	
手続きの内容	

追加的費用の有無	1 あり	2 なし
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり
	2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約時の年齢で満 60 歳以上の方 ・ 自立、要介護認定もしくは要支援認定を受けている方 ・ 規定の賃料等の支払いが可能な方 ・ 公的な医療保険、介護保険に加入されている方 ・ 契約書、重要事項等の内容に承諾し、当住居において他の入居者とともに円滑に生活が営める方 		
契約の解除の内容	契約書第 15 条で明記されている		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間		
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1 泊 3 食付 ※一度だけ)		
	2 なし		
入居定員	20 人		
その他			

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)	常勤換算人数
--	-----------	--------

	合計		※1※2
	7	常勤	
管理者	1		1
生活相談員			
直接処遇職員	6		6
介護職員	6		6
看護職員			
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士			
調理員			
事務員			
その他職員			
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2			
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p>			

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	6	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	4		4
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2		2
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	0	常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			

あん摩マッサージ指圧師			
-------------	--	--	--

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時30分～8時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称		医師							
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員	機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数				3						
前年度1年間の退職者数				3						
した業務に 経験に従事 年	1年未満			3						
	1年以上			1						
	3年未満									
	3年以上				2					

	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし				

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金 の改定	条件	契約書第4条で明記されている
	手続き	運営懇談会において合意を得る

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	自立	要支援2
	年齢	88歳	91歳
居室の状況	床面積	18.40 m ²	25.26 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	90,000円	110,000円
月額費用の合計		135,000円	145,000円

家賃		45,000 円	55,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	0 円	0 円	
	介護保険外	食費	48,000 円	48,000 円
		共益費	15,000 円	15,000 円
		生活支援費	30,000 円	30,000 円
		光熱水費	自費	自費
その他	円	円		

※ 1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※ 2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	(建物費用－助成金＋修繕費) / 32 年償却 / 稼働率 90%
敷金	家賃の 2 ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	職員人件費
食費	食材費, 調理費用
光熱水費	居宅毎の電気料金メーターによる・水道基本料金
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	※別添 2 (サービスの一覧) の他、居室内の電話代、NHK受信料、衛星放送受信料等
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス (上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間 (償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日

想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： _____）	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	8人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	14人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	1人
	要支援2	4人
	要介護1	6人
	要介護2	4人
	要介護3	0人
	要介護4	1人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	15人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	87.8歳
入居者数の合計	19人
入居率*	90%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	0人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	3人
	(解約事由の例) 特養入居	

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	サービス苦情・相談窓口	
電話番号	0776-35-8733	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	なし
定休日	日曜日・祝日	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	①対象施設の構造上の欠陥に起因する対人・対物事故 ②対象施設の管理不備に起因する対人・対物事故

		③業務遂行中の不注意によって生じた 対人・対物事故(24時間見守りサービス中の事故など)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2 なし			
第三者による評価の実施状況	1	あり	実施日	
			評価機関名称	
			結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3	サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置)	
	2 適合している (将来の改善計画)	
	3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	あり	
不適合事項がある場合の内容	有料老人ホームに供する土地建物には、有料老人ホーム事業以外の目的とする抵当権その他有料老人ホームとしての利用を制限するおそれのある権利が存しないこととしているが、本施設の土地建物には根抵当権が設定されている。	

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※_____様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名_____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション華みずき	福井市種池1丁目609番2
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし	訪問リハビリテーション華みずき	福井市種池1丁目609番2
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし	デイケア華みずき	福井市種池1丁目609番2
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	ケアプランセンター華みずき	福井市種池1丁目609番2
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション華みずき	福井市種池1丁目609番2
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	訪問リハビリテーション華みずき	福井市種池1丁目609番2
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	デイケア華みずき	福井市種池1丁目609番2
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無						なし	あり	
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備 考		
			包含※2	都度※2	料金※3			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	4000円	1回（入浴前後準備含む） 家人が介助できない場合
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	500円	30分 家人が付添できない場合
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	500円	30分
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	700円	1回
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	100円	1回
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり		○	2000円	1ヵ月（上限 30,000円）
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○	2000円	1ヵ月
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	3000円	60分（救急車同乗同伴） 家人が付添できない場合
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。